DU

N° 134

MANUEL DES ACCOUCHEMENS,

RÉDUIT A QUELQUES PRINCIPES CLAIRS ET INVARIABLES ;

THÈSE

Presentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 juillet 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J.-B. DELGAY, né à Lavardac,

Département de Lot-et-Garonne;

Ex-Élève de l'Hôtel-Dieu.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiolcgie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX, Examinateur.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET, Examinateur.
Pathologie medicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, Président. / CHOMEL, Suppléant.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, Suppléant.
Brongniart.	Piorry, Examinateur.
Cottereau.	Rochoux, Examinateur.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE.

Premier et faible gage de mon éternelle reconnaissance.

J.-B. DELGAY.

A MES COUSINS,

MONTHUS,

Juge au tribunal de Marmande,

ET

BAZIGNAN,

Docteur en médecine.

Ils m'ont dirigé, l'un dans mes études littéraires, l'autre dans mes études médicales.

J.-B. DELGAY.

DU

MANUEL DES ACCOUCHEMENS,

RÉDUIT A QUELQUES PRINCIPES CLAIRS ET INVARIABLES.

L'ACCOUCHEMENT *manuel* est celui qui, impossible par les efforts naturels, réclame l'emploi de la main. Toutes les autres dénominations ne donnant point une véritable idée de l'accouchement dont il est question, nous les rejetons; celle-ci ne prête point à l'équivoque.

Causes. Les causes de l'accouchement manuel sont naturelles ou accidentelles. On range parmi les premières la mauvaise conformation du bassin, le volume excessif de l'enfant et sa mauvaise situation. Les deux premières, que la main ne peut pas surmonter, parce qu'elle n'a pas la faculté de dilater le bassin et de réduire l'excès de volume de l'enfant, doivent être renvoyées à l'accouchement mécanique ou instrumental. Il ne reste donc que la mauvaise situation du mobile que la main puisse corriger. Parmi les causes *accidentelles* nous trouvons, *du côté de la mère :* l'hémorrhagie, les convulsions, l'épuisement, n'importe d'où il provienne, l'anévrysme, la hernie, la très-grande obliquité de matrice, la constriction spasmodique du col de cet organe sur le cou de l'enfant, l'ascite. *Du côté de l'enfant* : l'issue prématurée du cordon ombilical, son peu de longueur, son entortillement autour du cou, du tronc ou des membres de l'enfant, et la pluralité d'enfans dans la cavité de la matrice (*grossesse composée*). —Nous

nous bornons à cette simple énumération, pressé que nous sommes d'arriver au but de cet essai. — *Signes.* Les signes de l'accouchement manuel se tirent de la mauvaise situation de l'enfant et des accidens sus-dénommés. Ceux-ci, pour être considérés comme tels, doivent entraîner un certain degré de gravité, compromettre prochainement la vie de la femme ou de l'enfant, ou de tous les deux. Le *prognostic* est, en général, grave; mais la gravité est subordonnée à une multitude de circonstances, telles que le temps qui s'est écoulé depuis la rupture de la poche, la mauvaise situation de l'enfant, l'imminence du danger, résultant du temps depuis lequel dure l'accident; les manœuvres plus ou moins inconsidérées déjà entreprises, et qu'il serait trop long de commenter. En général, le prognostic est d'autant moins grave que l'opération est entreprise de meilleure heure, que le mouvement à faire exécuter est plus léger, ou que la version est moins forte. — Avant d'entreprendre l'accouchement, le médecin doit informer les parens de ses craintes et de ses espérances; il ne saurait trop se tenir sur ses gardes, parce que, dans ces circonstances, il est très-souvent dupe de sa bonne foi. — Lorsque le travail est compliqué d'accidens, c'est à les faire disparaître que doivent tendre tous les efforts de l'accoucheur; il n'entre point dans mon sujet d'en faire le détail; je passe également sous silence les moyens employés pour combattre les inflammations péritonéales, utérines et autres complications, pour ne m'occuper que des moyens chirurgicaux. Ceux-ci réclament certaines conditions, sans lesquelles il y a écueil pour l'accoucheur, danger pour la mère et pour l'enfant. Ces conditions regardent, les unes, la femme, et les autres l'accoucheur. Il faut, en général, avant d'entreprendre l'opération, que le col de la matrice soit complètement dilaté ou suffisamment dilatable pour permettre l'introduction de la main. Autrement, on ne doit négliger aucun des moyens capables de le relâcher et de faciliter son ultérieure dilatation. L'hémorrhagie, les convulsions ne doivent faire exception dans aucun cas; mieux vaudrait recourir à l'opération césarienne vaginale, c'est-à-dire à l'incision du col à droite et à gauche, que d'entreprendre de

le dilater de force avec la main. La division du col, faite avec soin, n'est jamais dangereuse, tandis que, pour obtenir cet heureux résultat, les efforts manuels peuvent entraîner les plus fâcheuses conséquences. C'est donc la plus ou moins grande dilatation de l'orifice utérin qui doit être la boussole de l'accoucheur. Entreprise trop tard, ou long-temps après l'écoulement des eaux, l'opération n'offre que difficulté pour l'accoucheur, danger pour la mère et pour l'enfant. Le temps de l'opération étant fixé, l'accoucheur donne à la femme une situation convenable (comme elle est connue de tous les accoucheurs, je m'abstiens de la décrire). Il ne doit jamais oublier d'être scrupuleux observateur des règles de la décence, et de débarrasser la femme le plus promptement possible, en même temps qu'avec le plus de douceur et de ménagement. — Le choix de la main est ici de rigueur : tantôt, disent les auteurs, c'est l'une ou l'autre main indifféremment; tantôt c'est la gauche ou la droite qui doit être introduite exclusivement. Quant à nous, nous pensons qu'une main est toujours indispensablement indiquée, et qu'il n'est nullement indifférent, pour le reste de l'opération, d'introduire l'une ou l'autre indistinctement, comme le veulent ces auteurs. C'est ici que la précision est rigoureuse. Ainsi, lorsque les pieds se présentent, il convient d'introduire, dans tous les cas, la main correspondante aux talons; celle correspondante aux jambes et aux cuisses, lors de la présentation des genoux et des fesses; pour les côtés, les faces antérieure et postérieure, la main correspondante à l'extrémité abdominale de l'enfant; la main correspondante au visage, lorsque c'est le vertex. Avec la main droite, on termine en première position; en seconde, avec la main gauche; les fesses font exception à ce précepte.—Si, après avoir introduit la main, l'accoucheur était forcé, par suite d'une cause quelconque, de la retirer, il se gardera bien de la montrer à la femme ou aux assistans teinte de sang; il s'empressera de l'essuyer. On l'enduit d'un corps gras pour faciliter son introduction et la rendre moins douloureuse; pour la faire pénétrer dans le vagin, il faut choisir le moment de la douleur, et la diriger parallèlement à l'axe du détroit inférieur. Si la

vulve est étroite, on introduit, comme l'enseigne *Celse*, les doigts les uns après les autres. On attend le moment de calme pour l'introduire dans la matrice, mais en suivant une direction différente, celle de l'axe du détroit supérieur. C'est pendant le calme de la douleur qu'on pratique la version ou les diverses manœuvres nécessaires pour le dégagement des membres; la raison en est simple et facile à donner. Pendant que l'on va à la recherche des pieds, la femme ne doit se livrer à aucun effort, et ne point faire valoir ses douleurs, si elles survien-nent, jusqu'à ce que la demi-version ou version totale ait été exécutée et que le dégagement des pieds ait eu lieu. Alors seulement on doit l'engager à pousser de toutes ses forces, pour faciliter l'extraction de l'enfant. Avant d'introduire la main dans les organes sexuels, il faut appliquer l'autre sur le ventre de la femme, afin de fixer cet organe et de faciliter les mouvemens que la main introduite dans la matrice est chargée de faire exécuter à l'enfant. Elle dégage les pieds de dehors en dedans, et les fait passer sur l'abdomen et la poitrine, seul mouvement naturel et, en général, facile. On évite de cette manière les luxations et les fractures, dont on trouve des exemples assez nombreux dans les auteurs. Pour faciliter la version, on doit toujours respecter l'attitude naturelle de l'enfant dans la cavité de la matrice, surtout si les eaux sont écoulées depuis long-temps; une manœuvre inverse serait non-seulement impossible, mais encore dangereuse pour les deux individus que l'on a tant d'intérêt à conserver. C'est donc sur la face antérieure qu'on le pelotonne. On diminue ainsi son étendue, tandis qu'on l'augmenterait en le courbant sur la face postérieure.— Parvenus à la vulve, les membres abdominaux sont successivement entraînés, jusqu'à ce que les fesses soient engagées au détroit supérieur et aient remplacé la partie de l'enfant qui s'y trouvait au commencement de l'opération. Il faudrait donc refouler cette partie, si elle les empêchait de descendre ou tendait à s'y engager conjointement. Le reste du tronc sera extrait de la manière que nous indiquerons plus bas (voyez p. 12 et suiv.). Il ne faut pas oublier qu'une trop grande précipitation dans l'extraction de l'enfant, et des tractions trop brusques

sur ce dernier, peuvent, en vidant la matrice trop promptement, la faire tomber dans l'inertie, déterminer son renversement ou une hémorrhagie mortelle, ou compromettre l'existence du premier. Si on craint pour la vie de l'enfant, on l'ondoie comme la religion le prescrit.

Division des accouchemens manuels.

A l'exemple du professeur *Capuron*, je diviserai ces accouchemens en trois ordres basés sur les indications qu'ils présentent. Dans le premier ordre, le plus facile des trois, l'indication consiste à dégager les membres inférieurs; mais, comme ils peuvent offrir trois parties principales, nous en ferons trois genres indiqués par ces mêmes parties : les *pieds*, les *genoux*, les *fesses*. Le second ordre offre, pour indication principale, de ramener au détroit supérieur l'extrémité abdominale qui en est plus ou moins éloignée : on ne peut y parvenir qu'en agissant sur cette extrémité : c'est ce qu'on appelle *demi-version*, *version partielle* ou *incomplète* (Capuron). La surface extérieure du tronc offre quatre régions dont deux, les côtés, sont parfaitement semblables. Nous n'admettrons également que trois genres : un premier pour les côtés, un deuxième pour la face postérieure, et un troisième pour l'antérieure. Le troisième ordre exige la version *totale* ou *complète* (Baudelocque), c'est-à-dire que la main entraîne l'extrémité inférieure du tronc de l'enfant au détroit supérieur, et refoule la tête au fond de la matrice. On l'exécute en portant la tête vers l'une des fosses iliaques, en courbant le tronc sur sa face antérieure, et en tirant sur les pieds primitivement dégagés. Cette manœuvre est la plus difficile, toutes choses égales d'ailleurs; c'est donc l'ordre que nous placerons naturellement le dernier. Il n'y a qu'un seul genre indiqué par le vertex; le *visage*, les *oreilles*, l'*occiput*, entrant dans les régions du tronc. — Pour tous ces genres les auteurs, considérant que l'enfant pouvait affecter différentes situations par rapport au détroit supérieur, en ont fait, pour ainsi dire, autant de positions qu'il serait trop long de retracer. D'ailleurs, leur manière de procéder n'est basée sur aucun

principe qui puisse guider dans tous les cas; au contraire, autant de positions, autant de manœuvres différentes. C'est ici qu'un esprit sévère sent tout le vice de la méthode suivie jusqu'à ce jour, et l'utilité d'en suivre une plus claire et plus simple. — La main ne peut sûrement, facilement et promptement extraire l'enfant, que lorsque la face postérieure des membres, du tronc et de l'occiput, répond derrière les cavités cotyloïdes gauche ou droite. Alors seulement l'occiput vient se placer sous l'arcade des pubis, condition indispensable pour le succès de l'opération, même naturelle. Toutes les fois que l'enfant est autrement placé, l'indication unique est de l'y ramener. Pourquoi donc multiplier les espèces ou variétés d'accouchemens, puisque le mode opératoire et l'indication à remplir sont les mêmes? pourquoi ne pas réduire toutes ces positions à deux, comme l'a imprimé M. *Jules Hatin*, et comme l'enseignent depuis long-temps MM. *Capuron* et *Bazignan?*—Je considèrerai le bassin comme divisé en deux portions par le diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien. Toutes les fois que les talons, les jambes, les membres abdominaux (premier ordre); l'extrémité abdominale, lors de la présentation des régions du tronc (deuxième ordre); le vertex (troisième ordre), correspondront à la portion gauche ou droite du détroit supérieur, ce sera pour nous une première ou deuxième position, les seules que nous puissions admettre. En énumérant les positions des accouchemens manuels telles que nous les avons réduites, il nous reste, 1°. six positions dans le premier ordre, deux pour les pieds, deux pour les genoux, deux pour les fesses; 2°. six positions dans le deuxième ordre, deux pour les côtés, deux pour la face antérieure, et deux pour la face postérieure; 3°. enfin, deux dans le troisième ordre, en tout quatorze. Et comme les premières de ces positions sont en tout semblables aux dernières, le dernier degré de réduction serait le nombre sept; c'est à ce degré de simplicité que nous réduisons la manœuvre obstétrique. Jusque-là nous nous trouvons d'accord avec M. *J. Hatin*. Les principes relatifs au choix de la main qu'on doit introduire sont en nombre égal, et tout aussi clairs et faciles à retenir. Dans le

premier ordre, il faut introduire, dans tous les cas sans exception, la main correspondante aux membres abdominaux qu'on est obligé de dégager. Dans le deuxième ordre c'est toujours la main qui correspond au côté de la mère, vers lequel est placé le siége de l'enfant qu'il faut introduire, la main droite pour le côté gauche, la main gauche pour le côté droit. Dans le troisième ordre, c'est la main qui correspond à la face antérieure de l'enfant qui doit avoir la préférence. Nous aurons soin dans les détails de ne pas nous écarter de ces grands principes, et il sera facile d'en sentir l'opportunité et la justesse.

PREMIER ORDRE. — 3 *Genres.*

Premier genre. — *Pieds.* Ce genre d'accouchement serait toujours naturel s'il ne se compliquait de l'un des accidens énumérés plus haut, et si les pieds étaient toujours bien placés. — Les causes de cette mauvaise situation tiennent à l'obliquité du fœtus par rapport à la matrice, ou à l'obliquité de tous les deux par rapport à l'axe du détroit supérieur. Quant aux causes de la présentation des pieds, elles sont à peu près inconnues. — L'excessive mobilité, au commencement de la grossesse, du fœtus dans la cavité de la matrice; la petitesse de ce dernier, la très-grande quantité d'eau de l'amnios, la supination long-temps prolongée de la femme, etc., etc., n'expliquent rien.

Les pieds ne peuvent être confondus qu'avec les mains. L'attention la plus légère suffira pour les différencier : ainsi la saillie des malléoles et des talons, la forme concave des bords internes, celle des orteils, leur longueur et leur volume successivement décroissans, du bord interne au bord externe, empêcheront toute méprise.

Si l'un des pieds est arc-bouté contre l'un des points du détroit supérieur, il faut le désarc-bouter et le dégager, et ne jamais se permettre de tirer sur un seul, à moins que l'enfant ne soit très-petit ou le bassin très-large, afin de ménager les articulations de ces parties. — Avant de tirer sur les deux pieds qui s'engagent, l'accoucheur doit

s'assurer s'ils appartiennent au même enfant ; le jeune praticien, qui ne pourrait pas toujours lever la difficulté par le rapprochement des deux pieds, introduira la main entre les deux membres, et ne tardera pas à rencontrer les organes génitaux, signe caractéristique. Lors de la présentation de trois, ou d'un plus grand nombre de pieds, la manière de procéder serait la même; seulement on devrait, après avoir isolé les deux membres du même enfant, rechercher si les deux individus sont unis, et alors on tirerait sur les quatre membres, comme si les deux enfans n'en formaient qu'un seul, ainsi que l'a fait M. *Bry*. — Si les pieds tendent à s'engager avec les fesses, et que le travail, malgré l'énergie des douleurs, soit de nul effet, on accélère l'accouchement en soulevant d'une main les fesses, et en tirant de l'autre sur deux lacs préalablement fixés sur les pieds.

Première position des pieds. Celle-ci est plus facile que la deuxième, parce que le visage ne rencontre point, en arrière et à droite, d'obstacle dans son mouvement de rotation, tandis que la présence de l'intestin rectum, à gauche, le rend difficile. Les talons, la partie postérieure des cuisses et des jambes, le dos, la nuque et l'occiput de l'enfant pouvant répondre à l'un des points du demi-cercle gauche du détroit supérieur, et toute la face antérieure depuis les orteils jusqu'au front, à l'un des points du demi-cercle droit, la réduction à la calcanéo-cotyloïdienne gauche étant supposée, le côté droit du fœtus est dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et le gauche vers la cavité cotyloïde droite.

La femme étant placée sur le lit préparé exprès, et maintenue par les aides, l'accoucheur applique sa main gauche sur l'abdomen de la femme, et procède à l'introduction de la droite, qui correspond aux talons, et qu'il a préalablement graissée. Il la place de champ (position moyenne entre la supination et la pronation), et l'insinue pendant la douleur, s'il y en a, dans l'excavation du bassin, en suivant la ligne imaginaire représentant l'axe du détroit inférieur, et dans la cavité de la matrice, dans le calme de la douleur, ou en suivant l'axe du

détroit supérieur. Pour cela, il baisse le poignet et le coude, et relève l'extrémité des doigts; il saisit les membres abdominaux, ou les dégage, s'ils ne le sont pas. Pour les saisir, il place le doigt indicateur au-dessus et entre les malléoles internes, le pouce sur la malléole externe du pied gauche, et les trois autres doigts sur la malléole externe du pied droit, et amène ces parties à la vulve, en suivant l'axe du détroit supérieur. Parvenus au dehors, ces pieds sont recouverts d'un linge fin, dans la crainte qu'ils n'échappent; alors il embrasse le pied gauche avec la main gauche, le pied droit avec la main droite, de manière que les pouces soient allongés le long de la face postérieure de chaque membre, et les quatre autres doigts réunis sur la face antérieure du membre correspondant, et il tire successivement sur les jambes et les cuisses, en ayant la précaution de les laisser diagonalement situés de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche, ou extérieurement, de l'aine droite à la partie postérieure et interne de la cuisse gauche. Les hanches arrivent bientôt à la vulve, et, dans la crainte que la partie supérieure du tronc de l'enfant ne se place directement de la symphyse du pubis à la saillie sacro-vertébrale, il faut se garder de placer ces mêmes hanches parallèlement au diamètre cocci-pubien, autrement dit, de leur faire exécuter le mouvement de rotation. Il s'arrête un moment pour s'assurer de l'état du cordon ombilical et en faire une anse; pour cela, il insinue la main gauche à plat au-devant de l'abdomen de l'enfant, pendant qu'il soutient le tronc avec l'autre; il saisit le cordon de deux doigts, et il en forme une anse. En général, les hanches, ainsi placées diagonalement, traversent facilement le détroit inférieur. S'il rencontrait quelque difficulté qui ne pourrait provenir que du volume excessif de l'enfant ou d'un vice de conformation du bassin, il tirerait, en relevant la hanche postérieure, pour la faire sortir la première; ou bien alors il les placerait directement, et se conduirait de la même manière. La difficulté étant vaincue, il continuerait à tirer sur le tronc de l'enfant, comme s'il n'en avait pas rencontré. A cet effet, il placerait la main gauche en travers sur la hanche gauche, qui se trouve en dessus; la

main droite également en travers sur la hanche droite qui est dirigée en arrière, et il tirerait, le plus parallèlement possible, à l'axe du détroit supérieur, ayant soin d'éviter ces mouvemens désordonnés d'élévation et d'abaissement, qui sont toujours intempestifs et souvent nuisibles à l'enfant. En tirant lentement, doucement et d'une manière insensible sur le tronc, il se conforme au mécanisme de l'expulsion naturelle de l'enfant, et il n'a jamais à se repentir d'avoir suivi la marche de la nature. Le tronc sort facilement jusqu'à l'arrivée des épaules au détroit supérieur. Ici, comme dans l'accouchement naturel, il est nécessaire de rendre le diamètre bi-scapulaire oblique, par rapport au diamètre cotylo-symphysien gauche; on y parvient en relevant la partie inférieure du tronc de l'enfant vers l'aine droite; l'épaule postérieure, placée sur la convexité de la courbe représentée par l'enfant, franchit le détroit supérieur, et pénètre dans l'excavation. Pendant ce temps, l'épaule antérieure reste immobile derrière la cavité cotyloïde droite. Il fait descendre celle-ci dans l'excavation, en imprimant à la partie extérieure du tronc un mouvement opposé au premier, c'est-à-dire en l'abaissant vers la partie postérieure et interne de la cuisse gauche, et ainsi alternativement des mouvemens obliques d'élévation et d'abaissement, jusqu'à ce que les membres puissent être saisis et dégagés. Comme il est nécessaire de se conformer en tout point au mécanisme de l'accouchement naturel, il convient de dégager le membre postérieur le premier. A cet effet, le dernier mouvement à faire exécuter au tronc de l'enfant est celui d'élévation. Après l'avoir placé sur l'avant-bras et la face palmaire de la main gauche, il insinue le pouce de la main droite entre les parties postérieures du bras et du cou, le doigt indicateur et le doigt du milieu dans le creux de l'aisselle; il abaisse la partie supérieure du membre, après quoi il change la position de la main, et il insinue à la place du pouce le doigt indicateur et le doigt du milieu; il leur fait parcourir le bras jusqu'au coude, qu'il conduit dans la concavité du sacrum, en lui imprimant un mouvement de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans, en le faisant passer au devant du

cou et de la poitrine ; il continue de parcourir, de ses deux doigts, l'avant-bras et la main, qu'il amène au dehors. Du linge qui enveloppait les membres inférieurs et le tronc, il enveloppe le bras dégagé ; il place de nouveau le tronc de l'enfant sur la face palmaire de la main et du bras droit, et de la main gauche, devenue libre et placée en travers sur la hanche gauche, il abaisse le tronc vers la partie postérieure et interne de la cuisse gauche : il procède de la même manière au développement du membre antérieur, en lui imprimant un mouvement de devant en arrière et de dehors en dedans. De la main qui a dégagé le dernier membre, il saisit les pieds et il soulève légèrement la partie de l'enfant qui est au dehors. La main droite est portée sur le visage. Il assujettit le tronc sur l'avant-bras droit, afin qu'il ne tombe pas; les doigts indicateur et du milieu sont dirigés vers l'occiput. A l'aide des deux mains, ainsi disposées, il place la tête, qui est au détroit supérieur, diagonalement si elle ne l'est pas ; après quoi il introduit deux doigts dans la bouche de l'enfant, afin d'agir plus efficacement sur le menton, pour faire exécuter à la tête un mouvement de flexion en avant. Ce mouvement exécuté, et sans désemparer, l'accoucheur dirige le tronc de l'enfant et ses bras le plus parallèlement possible à l'axe du détroit supérieur, et il fait descendre la tête dans l'excavation, en tirant parallèlement à cet axe. Il ne reste, pour terminer l'opération, que de faire exécuter les deux derniers mouvemens de rotation et de *déflexion* sous l'arcade des pubis. Les doigts indicateur et du milieu de la main gauche sont portés derrière l'apophyse mastoïde droite, qui est en arrière et à gauche; les mêmes doigts de l'autre main sont maintenus dans la bouche de l'enfant ; la main gauche ramène l'occiput de la cavité cotyloïde gauche sous l'arcade des pubis, et la main droite porte le visage de la symphyse sacro-iliaque droite dans la concavité du sacrum : ces mouvemens doivent être simultanés ; il imprime ensuite à la tête de légers mouvemens de droite et de gauche, en tirant sur le menton et le relevant vers la symphyse des pubis. De cette manière, la nuque reste placée sous la symphyse, et toutes les parties qui se trouvent placées entre

le menton et le milieu du vertex, telles que bouche, nez, yeux, etc., passent successivement au-devant de la commissure postérieure ou du périnée. Pendant qu'il fait exécuter ce dernier mouvement, il a l'attention de soutenir le périnée, pour prévenir sa rupture, en plaçant la main gauche de manière que la face palmaire soit dirigée, en haut, sur cette cloison charnue, l'extrémité des doigts tournée vers le rectum.

Deuxième position. Les talons et le dos répondent à la cavité cotyloïde droite, les orteils et la face antérieure à la symphyse sacro-iliaque gauche. Le côté gauche est tourné vers la symphyse sacro-iliaque droite, et le droit vers la cavité cotyloïde gauche. L'enfant est placé, comme on le voit, par rapport au demi-cercle droit du bassin, absolument comme il l'était dans la position précédente; rien par conséquent de changé.

L'accoucheur doit introduire la main gauche, saisir les pieds ainsi qu'il a été dit plus haut pour la main droite, les dégager et les amener à la vulve; tirer sur les membres abdominaux, faire l'anse du cordon ombilical avec la main droite, puis appliquer les mains de même nom en travers sur chaque hanche, et tirer sur le tronc jusqu'à l'arrivée des épaules au détroit supérieur; relever et abaisser alternativement vers l'aine gauche et vers la partie postérieure et interne de la cuisse droite, pour rendre les bras accessibles à la main; les dégager, le gauche, qui est en arrière, avec la main gauche, le droit, placé en devant, avec la main droite. Puis les pieds seront saisis avec la main qui a dégagé le dernier membre, pour permettre à l'autre d'aller sur le visage; la tête sera placée diagonalement de droite à gauche; le doigt indicateur ou celui du milieu sera introduit dans la bouche, afin de fléchir la tête sur la poitrine, et la faire descendre dans l'excavation en tirant, et sur le menton, de la main qui y est placée, et de la droite, fixée sur la base du cou. L'index et le médius de cette dernière ramèneront l'occiput sous l'arcade pubienne, et le visage, avec la main gauche, dans la concavité du sacrum (mouvement de rotation, mais en sens inverse de celui décrit dans la première position).

On fera exécuter à la tête les mêmes mouvemens de latéralité ; et pendant le mouvement de *déflexion* de la tête, opéré avec la main gauche, la droite ira protéger le périnée pour éviter sa rupture.

Toutes les fois que les talons répondront à l'un des points du détroit supérieur placés en arrière des cavités cotyloïdes (*positions postérieures* des auteurs), la main qui devra être introduite sera placée en supination, et ramenée, ainsi que les membres saisis, en première position ou deuxième, avant d'extraire les membres, ou bien en les amenant à la vulve pour tourner le dos de l'enfant, qui est en arrière, vers les cavités cotyloïdes. S'il est en première position, on prend de la main gauche le membre abdominal gauche, qui se trouve derrière la symphyse des pubis, et le droit avec la main droite ; mais on tire plus fortement sur le gauche que sur le droit : on agirait, au contraire, plus fortement sur le droit, si la position était deuxième ou droite. Ces deux manœuvres ne diffèrent donc que par le choix de la main et la direction du mouvement de rotation.

Difficultés qui peuvent résulter de l'inobservation des règles que nous avons indiquées dans l'extraction de l'enfant, et manière de les surmonter.

1°. Les hanches, par suite d'un vice de conformation du détroit inférieur ou du volume démesuré du fœtus, peuvent se présenter, soit naturellement, soit par suite d'une manœuvre inhabile, en travers, de manière que le sacrum réponde au pubis et l'abdomen au sacrum de la mère. Cette disproportion absolue ou relative empêchant l'enfant de descendre, l'accoucheur ne peut sans inconvénient insister sur les tractions ; le moyen le plus facile de les amener au dehors consiste à appliquer la main droite à plat entre la symphyse des pubis et les fesses, et l'autre entre la concavité du sacrum et l'abdomen de l'enfant. Il refoule parallèlement à l'axe du détroit supérieur ; après avoir rendu libre l'extrémité abdominale, il la situe diagonalement en première position, et l'extrait alors facilement. En plaçant la main

gauche sous la symphyse des pubis, il réduit en deuxième position ; mais, comme cette dernière est un peu moins favorable, il doit donner la préférence à la première manœuvre, toutes les fois qu'il en a la faculté.

Si l'enfant était situé en supination, l'abdomen en dessus et le dos dans la concavité du sacrum, on insinuerait la main gauche ou droite dessous et derrière la symphyse : mais mieux vaudrait y placer la première ; on refoulerait et on tirerait alternativement sur l'enfant en lui imprimant un mouvement de rotation pour porter sa face antérieure en arrière et le dos en devant et à gauche. *Mauriceau*, dans le langage ingénu de l'époque où il vivait, était beaucoup plus clair en disant : *Portez la face antérieure du tronc et le visage de l'enfant vers le cul de la mère, si vous voulez surmonter toutes les difficultés.* On pourrait également réduire en deuxième, en plaçant la main droite en dessus.

2°. Lorsqu'on réduit les positions postérieures des auteurs aux seules possibles, les antérieures, il peut arriver qu'un bras étendu sur les côtés de la tête l'abandonne, se porte en arrière vers l'occiput, et se place entre cet os et la symphyse ; ce qui s'oppose à sa descente dans l'excavation. L'accoucheur s'en aperçoit facilement à l'entre-croisement du bras avec le cou. Pour faire cesser toute disproportion, il prend de la main gauche les pieds, soulève le tronc, porte la droite sous le menton, assujettit le tronc sur l'avant-bras de la main introduite, porte deux doigts de la gauche sous l'occiput, et refoule la tête. Le bras devenu libre, deux doigts de cette dernière le dirigent, en devant, vers le visage, en le faisant passer derrière la symphyse des pubis. On se comporte ensuite comme il a été indiqué.

3°. Il peut arriver qu'après le dégagement des épaules la tête soit placée directement du pubis au sacrum, et qu'elle y soit enclavée, le visage sur la saillie sacro-vertébrale ou derrière la symphyse ; la plus légère traction augmenterait l'obstacle et ferait courir à l'enfant de grands dangers. On s'empressera de le surmonter, en plaçant une main sous le menton et l'autre sous l'occiput ; on refoulera directe-

ment, et, si on ne peut, on imprimera à la tête des mouvemens latéraux : devenue libre, on la placera diagonalement et on terminera en première ou en deuxième, suivant la cavité cotyloïde vers laquelle on a dirigé l'occiput. Le visage serait ramené en arrière, s'il était en dessus.

DEUXIÈME GENRE. — *Genoux.*

Ce genre d'accouchemens est plus rare que celui qui précède ; la mauvaise direction des genoux, l'un des accidens déjà indiqués, rend les secours de la main plus ou moins indispensables. — La cause de leur présentation est en général peu connue. — Le diagnostic est facile : deux tumeurs mousses, terminées par deux colonnes d'inégal volume, empêcheront de les confondre avec les coudes, seule partie du fœtus qui ait quelque ressemblance avec eux. — Nous admettrons, comme pour les pieds, deux positions seulement : dans la première, les jambes fléchies sur les cuisses sont placées derrière la cavité cotyloïde gauche ou vers l'un des points du demi-cercle du même côté ; dans la deuxième, les jambes sont placées vers la cavité cotyloïde droite ou vers l'un des points du demi-cercle droit. — Suivant que le travail est plus ou moins avancé, lorsqu'il est nécessaire d'opérer, on trouve ces parties au-dessus du détroit supérieur, ou plus ou moins profondément engagées dans l'excavation. Dans le premier cas, il convient de dégager les jambes ; dans le second cas, on ne peut que tirer sur les jarrets.

Genoux placés au détroit supérieur. Dans la première position, la main droite doit être introduite ; on la porte sur la partie antérieure des jambes ; on dégage celle qui est en arrière la première, en la tirant d'arrière en avant, et l'antérieure d'avant en arrière. Dans le premier cas, la main doit être en supination ; dans le second, en pronation. Si elle ne pouvait être conduite entre le bassin et les jambes, elle saisirait les genoux, les refoulerait vers la fosse iliaque droite, et les dégagerait ensuite. — Si les jambes étaient placées en arrière et à gauche, elles seraient ramenées derrière la cavité cotyloïde gauche, et on se

comporterait comme ci-dessus. — Dans la deuxième position, la main gauche serait introduite, et procèderait de la même manière, mais en sens inverse.

Genoux profondément engagés dans l'excavation. Parvenus dans l'excavation, les genoux ont exécuté, en général, le mouvement de rotation. Un jarret est derrière les pubis, et l'autre dans la concavité du sacrum; tantôt c'est le droit, tantôt le gauche, suivant que la position est deuxième ou première. On insinue toujours le doigt indicateur de la main droite, ployé en forme de crochet, dans le jarret droit, et celui de la main gauche dans le jarret gauche. On tire parallèlement aux axes, jusqu'à ce que les jambes soient dégagées. Si la résistance était trop grande et que ce moyen ne pût suffire, les crochets mousses qui terminent les branches du forceps devraient être employés. (Voy., pour la manière de les appliquer, le genre qui suit.) Le lacs, conseillé par les auteurs, est d'une application sinon impossible, du moins très-difficile. Il est avec juste raison rejeté par quelques accoucheurs du jour.

TROISIÈME GENRE. — *Fesses.*

Plus fréquent que les deux premiers, ce genre se terminerait très-facilement si les fesses n'étaient mal dirigées ou si le travail ne se compliquait de quelqu'un des accidens que nous avons exposés. — Le *diagnostic* est facile si l'accoucheur est appelé de bonne heure, immédiatement après la rupture de la poche des eaux ou très-peu de temps après. Deux tumeurs molles, séparées par une fente peu profonde, où l'on découvre les organes génitaux, l'anus, les tubérosités sciatiques, le coccyx et les deux cuisses qui sont fléchies sur l'abdomen, caractériseront les fesses. Si, au contraire, les eaux se sont écoulées depuis long-temps, elles se tuméfient au point qu'elles deviennent méconnaissables, et peuvent être prises pour la tête. Pour éviter l'erreur, l'accoucheur ne doit pas craindre d'introduire sa main, soit dans le bassin, soit dans la cavité de la matrice. Les fesses peuvent être placées au détroit supérieur ou plus ou moins engagées dans l'ex-

cavation. Pour ces deux cas, nous admettrons deux positions au détroit supérieur : dans la première, le sacrum répond au demi-cercle gauche et les membres abdominaux au demi-cercle droit ; dans la seconde, le sacrum répond au demi-cercle droit et les membres abdominaux au demi-cercle gauche.

Première position. Dans cette position, l'indication étant de dégager les membres abdominaux, on introduit la main gauche, correspondante à ces extrémités. Après avoir refoulé les fesses vers la fosse iliaque gauche, la main, placée en supination, parcourt le côté externe du membre postérieur et l'amène à la vulve, en tirant sur lui d'arrière en avant, de haut en bas et de dehors en dedans. Après l'avoir assujetti à la vulve au moyen d'un lacs, la main est introduite de nouveau en pronation sur le côté externe du membre antérieur, et elle le dégage de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans. Lorsque les deux pieds sont à la vulve, on extrait le reste du tronc comme dans la première position des pieds.

Deuxième position. En tout semblable à la première. La main droite est introduite, refoule les fesses à droite, parcourt les côtés externes des membres inférieurs, les dégage de dehors en dedans l'un après l'autre, et réduit cette position à la seconde des pieds. On doit prendre la même précaution que dans le premier cas, c'est-à-dire que le dos doit toujours être ramené derrière la cavité cotyloïde droite. — Si les fesses sont profondément engagées dans l'excavation, elles sont toujours directes. La main droite ou gauche, suivant que la position est première ou deuxième, est placée derrière l'arcade sous-pubienne. Dans les deux cas, il faut insinuer le doigt indicateur gauche en forme de crochet dans l'aine gauche, et le doigt indicateur droit dans l'aine droite, et tirer jusqu'à ce que les fesses soient au dehors. Si on rencontrait de la difficulté, on tirerait beaucoup plus sur celle qui est en arrière, afin de se conformer au mécanisme de l'expulsion naturelle de cette partie, et si la difficulté était insurmontable, il faudrait recourir aux crochets mousses. Voici comment on procède à l'introduction de ces instrumens; ce que nous allons dire est en tout

applicable aux genoux placés dans l'excavation : la main gauche ou droite, préalablement enduite d'un corps gras, est introduite à plat entre la hanche, qui est en arrière, et le sacrum; l'autre, armée de l'une des branches du forceps, place le crochet également à plat sur la face palmaire de la main introduite, l'olive tournée du côté des membres, l'insinue entre la hanche et cette dernière main, jusqu'à ce qu'il ne rencontre plus de résistance; il dirige alors l'olive du côté de l'aine, et il a soin que le crochet embrasse exactement cette dernière partie; autrement elle pourrait pénétrer dans les tissus de cette région et produire des désordres plus ou moins graves. La main de l'accoucheur correspondante au côté sur lequel le crochet est appliqué saisira la branche et tirera dessus, tandis que le doigt indicateur de l'autre main sera placé dans l'aine opposée, ou saisira la seconde branche dont le crochet y aurait été préalablement appliqué avec les précautions ci-dessus indiquées. Les fesses amenées au dehors, on dégage les membres inférieurs l'un après l'autre ou tous les deux en même temps, et on continue de tirer sur les hanches avec les mains appliquées en travers sur ces parties, comme nous l'avons indiqué dans la première position des pieds.

Second et troisième ordre.

Les deux ordres d'accouchemens dont il nous reste à parler sont infiniment plus difficiles que le premier. La version partielle est, toutes choses égales d'ailleurs, plus facile que la version totale. Tous les praticiens, M. *Flammans* de Strasbourg excepté, conseillent, avec juste raison, pour opérer cette évolution, d'aller dans tous les cas saisir l'extrémité abdominale de l'enfant; elle est simple et facile, lorsque la poche des eaux est intacte ou que ce liquide est en partie écoulé; elle est, au contraire, d'une difficulté extrême dans les circonstances opposées : la matrice alors, revenue sur elle-même et fortement appliquée sur l'enfant, en prend la forme et s'oppose quelquefois à l'introduction de la main. C'est à combattre la complication existante,

contraction spasmodique ou inflammatoire, que l'accoucheur doit insister, et non sur la manœuvre obstétrique. Lorsqu'elle est dissipée, le pelotonnement du fœtus, fait avec soin, ne peut rencontrer d'obstacle, à moins que l'accoucheur n'en crée lui-même en suivant la manœuvre décrite par les auteurs. Je vais en donner un exemple frappant, ne pouvant les signaler tous. Dans la première position du côté droit, ils conseillent d'introduire la main droite, et de réduire en première des pieds. Pour cela, il faut de toute nécessité que le grand diamètre de l'enfant, qui est dirigé de la cavité cotyloïde gauche à la symphyse sacro-iliaque droite, passe par le plus petit de la matrice, qui correspond au diamètre oblique du côté opposé. Comment obtenir ce résultat, d'abord très-difficile pour l'opérateur, sans diminuer, plus que la vie ne le comporte, la courbe représentée par le fœtus, sans violenter la matrice et déterminer les plus vives douleurs? Cette manœuvre est donc difficile, dangereuse pour la mère et pour l'enfant, mortelle souvent pour tous les deux, et doit être rejetée. Nous en proposerons une autre qui nous a paru dans tous les cas d'une facile exécution et sans danger pour les deux individus qu'on est appelé à secourir ; elle est basée sur ce fait bien positif, que le fœtus peut exécuter un mouvement de rotation sur son axe, mouvement par lequel telle face du tronc peut être substituée à une autre. Dès-lors plus de ces manœuvres insolites et dangereuses. Le grand diamètre de l'enfant reste toujours en rapport avec la même dimension de l'utérus, et le choix de la main ne varie dans aucun des accouchemens des faces du tronc.

SECOND ORDRE. — 3 *genres.*

Premier genre. — *Présentation des côtés.* Lorsque les côtés se présentent au détroit supérieur, l'enfant est placé en travers. Cette situation insolite est le *nec plus ultrà* de la mauvaise situation; il ne peut jamais sortir, quoi qu'en aient dit *Bauer*, madame *Lachapelle* et quelques autres auteurs ; et des exemples cités par eux pour en prou-

l'oreille droite qui se présente, le visage et la face antérieure du tronc regardent en avant, et en arrière si c'est le côté gauche. On insinue la main droite, on la porte sur les membres abdominaux, et on fait exécuter, comme il a été dit, un mouvement de rotation au tronc, pour les placer directement en bas; on les dégage l'un après l'autre, et on réduit en première des pieds.

Présentation du bras. L'un des membres supérieurs peut franchir le col de la matrice et apparaître au dehors, lors de la présentation des côtés au détroit supérieur. Il est rare que cette complication arrive dans les autres genres d'accouchemens manuels; cependant ces appendices peuvent franchir le canal vulvo-utérin, non-seulement quand les faces antérieure et postérieure se présentent, mais encore lorsque l'enfant est bien placé ou qu'il offre l'une de ses deux extrémités. Dans tous les cas, si la poche des eaux est intacte, lorsqu'on s'aperçoit de la présence de ces parties dans le prolongement membraneux, il faut bien se garder de le rompre, car le fœtus par un mouvement automatique peut les retirer; et l'accouchement de non-naturel manuel qu'il aurait été, pourrait devenir naturel. Lorsqu'au contraire la poche est rompue, les indications à remplir varient suivant la partie de l'enfant que les bras accompagnent au détroit supérieur. De deux choses l'une : ou ils s'engagent conjointement avec la tête ou l'autre extrémité, ou bien ils précèdent l'une des régions du tronc. Dans le premier cas, si le bassin est bien conformé et le fœtus point disproportionné, l'accouchement peut être naturel, magré la complication. Dans le deuxième, l'accouchement réclame impérieusement les secours de la main. — Lors de la présentation de l'un ou des deux bras avec la tête ou les fesses, on doit faire en sorte de diriger ces extrémités vers l'un des points du bassin qui offre le plus d'espace; ce sont ordinairement la symphyse sacro-iliaque ou la cavité cotyloïde, si, au préalable, on n'a pu les faire remonter en les soutenant de quelques doigts pendant la douleur. Par cette simple manœuvre, la partie s'engage, la complication disparaît et l'accouchement se termine. Si l'une ou l'autre extrémité séjournait trop long-

temps dans l'excavation par suite de l'obstacle apporté par le membre ou autrement, le forceps serait appliqué avec l'attention d'éviter le bras. Il n'en est pas de même lorsque l'un ou les deux bras précèdent l'une des régions du tronc; le refoulement conseillé serait inutile et ne changerait en rien la situation de l'enfant qu'il faut rendre plus naturelle. Les bras ou l'un des bras peuvent être dans l'excavation du bassin ou hors de la vulve; en général, il n'y en a qu'un qui se présente. Dans ces deux circonstances le mode opératoire est le même. — On a proposé un certain nombre de moyens plus dangereux les uns que les autres, et qui tous sentent la barbarie des temps où ils ont été conseillés; il suffit de dire qu'ils ont pour but de mutiler l'enfant, chose qu'on ne doit jamais se permettre, à moins de circonstances impérieuses qu'il n'est pas dans mon sujet de signaler. Des manœuvres aussi contraires à l'humanité ne devaient leur origine qu'à l'effroi que causait la présence du membre plus ou moins tuméfié et à la constriction réelle ou supposée du col de la matrice sur le membre sorti, qu'on ne savait pas combattre avantageusement. Aujourd'hui que la médecine physiologique a porté son flambeau sur toutes les branches de l'art de guérir, on serait répréhensible de recourir à l'un de ces moyens sous le futile prétexte que le col oppose une digue insurmontable. Cette constriction est spasmodique ou inflammatoire; ces deux complications, combattues par les antispasmodiques ou les antiphlogistiques sous toutes les formes proportionnés aux forces du sujet, en triompheront constamment. Nous ne saurions trop insister sur le conseil d'attendre que la constriction soit complètement dissipée avant d'entreprendre l'opération. Le mal qui résulterait d'une trop grande précipitation serait supérieur à celui qu'on veut combattre par cette manœuvre. — Lorsque le bras est hors de la vulve, l'enfant ne peut être placé que dans les deux positions suivantes : ou la tête répond au demi-cercle gauche et l'autre extrémité au demi-cercle droit (*première position*), ou *vice versâ* (*deuxième position*); on les reconnaît à l'inspection seule de la main. Dans la première, le pouce répond à la cuisse gauche et le petit

doigt à la cuisse droite, et réciproquement pour la deuxième. On distingue le côté droit du côté gauche en appliquant la face palmaire de sa main sur celle de l'enfant. Si elles sont de même nom ou homonymes, le pouce répond au pouce, le petit doigt au petit doigt, les faces dorsales opposées. On applique un lacs au-dessus du poignet et on se sert de ce lien et du bras comme d'un conducteur ; on pénètre dans la cavité de la matrice avec la main gauche, et on termine comme en *seconde*. Si les membres abdominaux répondent à gauche, on introduit la main droite et on termine comme en *première*. Lorsque les membres abdominaux sont arrivés à la vulve, on tire sur le lacs pour le rendre parallèle au tronc, et sur cette partie en même temps, et on termine le reste de l'opération, comme il a été dit plus haut.

Deuxième genre. — *Présentation de la face postérieure.*

Dans ce second genre, un des plus rares de ceux qui nous occupent, nous ferons également deux sous-ordres : le premier comprendra le dos et les lombes ; le deuxième la nuque et l'occiput, séparés par les épaules.

Premier sous-ordre. — Dos et lombes. — Première position. Les épaules répondent à l'un des points du demi-cercle gauche et le sacrum au demi-cercle droit. Introduire la main gauche, refouler l'enfant vers la fosse iliaque gauche, la conduire sur les fesses, imprimer un mouvement de rotation avec les deux mains dont la droite est placée sur l'abdomen, par lequel les membres abdominaux qui sont placés en haut soient ramenés en bas vers la paume de la main, dégager les membres et réduire en deuxième des pieds. *Deuxième position.* Les épaules sont placées vers le demi-cercle droit, et les fesses du côté du demi-cercle gauche ; la face antérieure est dirigée en haut ; introduire la main droite, faire exécuter un mouvement de rotation pour ramener les membres abdominaux en bas ; dégager ces membres et réduire en première des pieds.

Deuxième sous-ordre. — Nuque et occiput. — Première position. Vertex au demi-cercle gauche, épaules au demi-cercle droit. Introduire la main gauche, saisir la nuque et l'occiput, les refouler vers la fosse iliaque du même côté, et imprimer en même temps un mouvement de rotation d'avant en arrière et de bas en haut, pour ramener les membres inférieurs en bas; dégager ces membres, les réduire en deuxième de l'extrémité abdominale. — *Deuxième position.* Vertex au demi-cercle droit, épaules vers le demi-cercle gauche. Insinuer la main droite, refouler à droite sa partie qui se présente, et, en s'aidant de la main placée sur le ventre, faire exécuter un mouvement de rotation de bas en haut et d'avant en arrière, pour pouvoir dégager les membres et réduire en première des pieds.

TROISIÈME GENRE. — *Présentation de la face antérieure. — 2 sous-ordres.*

Premier sous-ordre. — Abdomen et poitrine. — Première position. Sternum vers le demi-cercle gauche; abdomen vers le demi-cercle droit. Introduire la main gauche, la conduire sur les pieds, les dégager l'un après l'autre, comme il a été indiqué, et réduire en deuxième position des pieds. — *Deuxième position.* Sternum vers le demi-cercle droit, abdomen vers le demi-cercle gauche. Introduire la main droite pour les dégager, et réduire en première position des pieds.

Deuxième sous-ordre. — Visage et gorge. — Première position. Front à gauche et bas du cou à droite. L'attitude de l'enfant est totalement différente de celle que nous avons observée jusqu'ici; il est courbé sur la face postérieure : cette situation est tellement dangereuse et insolite, qu'il est rare, s'il y reste quelque temps, qu'il conserve ses jours; il faut donc s'empresser de terminer l'accouchement. De deux choses l'une : ou l'enfant est seulement mal placé, ou bien il existe en même temps des accidens graves. Dans le premier cas, on doit s'empresser, aussitôt que la poche des eaux est rompue, de refouler le

menton vers la partie supérieure de la poitrine, afin de faire descendre le vertex ; la main gauche suffit pour cela. S'il y avait longtemps que les eaux se fussent écoulées, et que cette région fût fortement pressée au détroit supérieur, cette manœuvre deviendrait impossible ; il faudrait se conduire comme nous allons l'indiquer. — Dans le deuxième cas, la version serait de rigueur. L'accoucheur introduirait la main gauche, saisirait la gorge et la partie supérieure de la poitrine pour se donner la facilité d'aller sur les pieds, les dégagerait l'un après l'autre, et réduirait en deuxième position de ces extrémités. — *Deuxième position.* Front à droite et partie supérieure de la poitrine à gauche. Si les eaux se sont écoulées depuis peu, et que l'accouchement ne soit compliqué d'aucun accident, on restitue la tête dans sa position naturelle en refoulant le menton, pour faire descendre l'occiput, et on laisse le travail aux seuls efforts naturels : s'il est important, au contraire, de terminer l'accouchement, on introduit la main droite, on refoule vers la fosse iliaque du même côté, on va à la recherche des pieds, on les dégage, et on réduit en première de ces parties.

TROISIÈME ORDRE. — *Vertex.*

Genre unique. — Ce genre d'accouchement se terminerait toujours naturellement s'il ne survenait quelqu'un des accidens énumérés plus haut ; mais leur présence ne doit pas engager l'accoucheur à employer la main dans tous les cas. Le forceps est quelquefois préparable, parce qu'il est moins dangereux pour la mère et pour l'enfant, et qu'il extrait plus promptement ce dernier. Toutes les fois que les eaux se seront écoulées depuis long-temps, que la tête sera fixée au détroit supérieur, et qu'elle sera plus ou moins engagée dans l'excavation, sans avoir franchi le col utérin, l'application du forceps devra l'emporter; dans les cas contraires, la main sera préférable.

2 *positions.* — *Première position.* — L'occiput est dirigé vers le demi-cercle gauche, et le visage vers le demi-cercle droit ; il faut introduire

la main gauche, parce qu'elle correspond à la face où se trouvent les pieds. On saisit le vertex, qu'on embrasse avec la face palmaire de la main, on le refoule vers la fosse iliaque gauche, tandis qu'avec la droite, placée sur l'abdomen, vers le fond de l'utérus, on dirige l'extrémité opposée du fœtus vers la fosse iliaque droite. On parcourt la face antérieure du tronc, on parvient sur les pieds qu'on dégage, et on réduit en deuxième de ces parties.— *Deuxième position.* L'occiput est dirigé à droite, le visage à gauche : on introduit la main droite, on place l'autre sur le fond de la matrice ; et de ces deux mains, dont l'une embrasse le vertex et l'autre les fesses, on refoule en sens inverse la tête dans la fosse iliaque droite, et l'autre extrémité dans la fosse iliaque gauche ; on parcourt le côté droit, qui est en arrière. Parvenu aux pieds, on les dégage, on réduit en première. Les positions occipito-pubienne et occipito-sacrée de *Baudelocque*, si elles pouvaient exister dans l'état de bonne conformation du bassin, seraient terminées avec la même facilité, soit qu'on employât la main gauche, soit qu'on employât la droite. Cependant celle-ci devrait toujours l'emporter sur la première, parce qu'elle réduit constamment en première position des pieds, beaucoup plus facile à terminer que la deuxième, à cause de la présence de l'intestin rectum, qui porte quelque obstacle dans le mouvement de rotation.

Grossesse composée.

Deux ou plusieurs enfans peuvent être contenus dans le même amnios. Dans ce cas, ils peuvent être parallèles l'un à l'autre et à l'axe de l'utérus, ou obliques entre eux et à ce dernier organe, ou placés en travers, et perpendiculaires l'un par rapport à l'autre.

1°. *Parallèles l'un à l'autre et à la matrice.* S'ils présentent tous les deux les pieds, il est indifférent d'extraire l'un plutôt que l'autre ; on saisit les pieds appartenant au même individu (voyez pour le diagnostic, pag. 11), et on amène avec la main droite celui qui est

à gauche, et avec la gauche les pieds qui sont à droite. Le procédé est le même lorsque les fœtus viennent par la tête; seulement on écarte avec soin la tête du second enfant du détroit supérieur; et si elle était accrochée et entraînée dans l'excavation, à l'exemple d'*Enaux* de Dijon, on appliquerait le forceps sur cette dernière, et on ferait naître le premier celui qui devait naître le dernier. Si l'un des fœtus présente les pieds et l'autre la tête, on applique le forceps sur cette dernière, si elle est saisissable, ou bien on extrait celui qui présente les pieds en prenant les précautions sus-énoncées.

2°. *Obliques entre eux et à la matrice.* Lorsque l'un des fœtus est placé en travers et l'autre parallèle à l'utérus, ce dernier doit être extrait le premier s'il présente les pieds; si c'est la tête, on va chercher les pieds du fœtus placés en travers, parce qu'ils sont plus près et plus facilement saisis. S'ils sont situés de manière que les deux têtes soient l'une à gauche et l'autre à droite, on extrait avec la main droite celui dont les pieds sont à gauche, et réciproquement. Si les pieds des jumeaux appuient sur les fosses iliaques, on extrait le premier celui dont les pieds sont plus faciles à saisir. Enfin, si les enfans sont placés en travers et perpendiculaires entre eux et à l'axe de la matrice, on extrait le premier celui qui est situé en dessous.

L'issue prématurée du cordon ombilical ne change rien au manuel; lorsqu'il est indiqué, on fait la version du fœtus auquel le cordon appartient. Si la tête du second, malgré la présence de ce dernier, était dans l'excavation, on l'extrairait avec le forceps. On soutiendrait une main qui se présenterait au début du travail, jusqu'à ce que l'extrémité abdominale ou capitale fût engagée. Si le bras était déployé et hors des parties génitales, on ferait la version du fœtus auquel il appartient, à moins que la tête de l'autre ne fût dans l'excavation; car alors elle devrait être saisie avec le forceps, avec la précaution de ne pas blesser le bras et la main qui sont au dehors.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 30.

II.

Mulier in utero gerens sectâ venâ abortit, et magis, si major fuerit fœtus. *Ibid.*, *aph.* 31.

III.

Mulieri in utero gerenti si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat. *Ibid.*, *aph.* 34.

IV.

Mulieri ab uterinâ passione vexatæ, aut difficulter parienti, sternutatio superveniens, bonum. *Ibid.*, *aph.* 35.

V.

Si mulieri prægnanti erysipelas in utero fiat, lethale. *Ibid.*, *aph.* 43.

VI.

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile. *Ibid.*, *aph.* 60.